Docteur René FAURE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Encéphalite Léthargique

ET

Réaction de Wassermann

PARIS
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine, 15
1920

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ACHARD

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Beaujon

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A Monsieur le Docteur MOSNY

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

(*In Memoriam*)

A Monsieur le Docteur LOUIS RAMOND

Médecin des Hôpitaux

A qui nous sommes heureux de témoigner nos sentiments de vive gratitude pour l'enseignement qu'il nous a donné et la bienveillance qu'il nous a témoignée.

A Monsieur le Professeur CARNOT

Professeur de Thérapeutique à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Beaujon

A Monsieur le Docteur CLAUDE

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

MM. les Professeurs RAYMONDAUD, THOUVENET; RAYMOND, VOUZELLE et DONNET

ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

ET

RÉACTION DE WASSERMANN

INTRODUCTION

Le 22 mars 1918 Netter dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux de Paris signalait l'apparition en France de l'Encéphalite léthargique.

Décrite à Vienne en 1916, 1917, par von Economo, cette maladie semble avoir été déjà observée en 1890 dans la Haute Silésie et en Hongrie sous le nom de « Nona », puis en 1895 dans les pays les plus divers : France, Angleterre, Suisse, Allemagne, Danemark, Autriche, Bulgarie, Etats-Unis. En remontant plus haut encore on la retrouve en 1712 sous forme d'une épidémie qui a sévi à Tubingue et à laquelle on avait donné le nom de *Schlafkranheit*, maladie du sommeil. Infiniment plus lointaines, nous retrouvons ses traces dans les écrits hippocratiques sous le nom de *Lethargos*. Ainsi l'encéphalite se retrouve à l'aurore de la médecine.

Il ne s'agit donc pas d'une maladie nouvelle : l'Encéphalite léthargique a toujours existé ; elle existe vraisemblablement à l'état sporadique en dehors des

périodes pendant lesquelles elle prend le caractère épidémique, et durant ces accalmies il se peut que sa symptomatologie soit atténuée, donnant lieu à des formes frustes, qui facilitent la dissémination de la maladie.

M. Netter vient de souligner (Académie de Médecine, 27 avril et 4 mai 1920) le caractère contagieux de l'affection, question éminemment importante en raison de la gravité et de la diffusion réelle de la maladie : la mortalité atteint 25 o/o et la maladie règne actuellement dans les deux hémisphères.

L'intérêt possible d'isoler les malades, la nécessité d'instituer précocement une thérapeutique rationnelle, efficace parfois, utile toujours, placent au premier plan la question du diagnostic de l'Encéphalite léthargique.

Ce diagnostic, facile lorsqu'il s'agit d'une forme aiguë, typique, peut en présence de certaines formes subaiguës, frustes ou atypiques, devenir extrêmement difficile, difficile avec les méningites vraies, mais difficile surtout avec la syphilis cérébrale.

Pouvons-nous recourir à l'examen du liquide céphalo-rachidien pour préciser le diagnostic ? D'après les premières publications faites sur l'Encéphalite léthargique, l'un des caractères formels de l'affection devait être l'absence de réaction méningée : dans ces conditions le laboratoire fournissait un précieux élément de diagnostic, lymphocytose et hyperalbuminose permettant de conclure syphilis cérébrale, absence de lymphocytose et d'albumi-

nose permettant de dire Encéphalite léthargique.

Mais de récents travaux montrent que l'Encéphalite léthargique peut s'accompagner d'une réaction méningée dans le liquide céphalo-rachidien. Dès lors, le diagnostic entre l'Encéphalite léthargique et la syphilis cérébro-méningée devient d'une difficulté insurmontable, tout au moins au début, alors que se pose la question du traitement et celle de la prophylaxie.

La recherche de la réaction de Wassermann est-elle susceptible de résoudre le problème ? Classiquement la réaction de Wassermann est positive dans la syphilis et négative dans l'Encéphalite léthargique, ce qui nous permettait d'espérer que sa recherche était capable de fixer le diagnostic.

Mais il existe un certain nombre de cas d'Encéphalite léthargique dans lesquels on a trouvé la réaction de Wassermann positive. Il nous a paru intéressant de les rechercher, d'en faire le pourcentage exact, de les comparer en les discutant, afin de bien établir pour chacun d'eux la signification de la réaction de Wassermann.

C'est à ce sujet qu'est consacré ce travail.

Il nous a amené à faire des constatations intéressantes, tant au point de vue purement scientifique qu'au point de vue pratique.

C'est ainsi que la réaction de Wassermann est en effet négative dans la majorité des cas d'Encéphalite léthargique, mais que dans 11,42 o/o des cas elle est positive, soit que le sujet soit entaché de syphilis

2,85 o/o,soit qu'il ne le soit en aucune façon 8,57 o/o. Dans ce dernier cas, la déviation du complément est due sans doute à des modifications humorales engendrées par le virus de l'Encéphalite léthargique.

Pratiquement, il en résulte que : si un Wassermann négatif plaide en faveur de l'Encéphalite léthargique, un Wassermann positif ne permet pas de l'écarter, et le Wassermann ne peut à lui seul dans les cas douteux trancher le diagnostic.

I

ÉTUDE STATISTIQUE

Nous avons recherché les observations d'Encéphalite léthargique publiées dans *le Bulletin de l'Académie de Médecine*, dans *les Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, ainsi que dans les comptes rendus de différentes sociétés savantes, *Société de Pédiâtrie*, *Société de Médecine de Paris*, *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, *Société des sciences médicales de Lyon*; enfin dans les publications étrangères, *The Lancet*, *The British Medical Journal*, *The Clinical Journal*, *The Dublin Journal of Medical Sciences*, *les Archives médicales belges*, *Medical Record* (New-York) *The New-York Medical Journal*, *The Journal of the american medical Association* (Chicago), *La Riforma Medica* (Naples).

Nous avons ainsi pu réunir 359 observations d'Encéphalite léthargique publiées entre le mois de mars 1918 et le mois de mai 1920.

Pour chacune d'elles nous avons noté la recherche de la réaction de Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Tout d'abord une remarque s'impose : la réaction de Wassermann n'a pas été recherchée systématiquement au cours de l'Encéphalite léthargique. Sur les 359 observations que nous avons recueillies elle est notée seulement soixante-dix fois ; donc il n'existe qu'une faible proportion (19, 50 o/o) de cas d'encéphalite accompagnés de la sigma-réaction, et ceci s'explique peut-être par ce fait que seuls les cas présentant une forme subaiguë simulant la syphilis cérébrale ont donné lieu à sa recherche, les formes aiguës diagnostiquées d'emblée n'ayant pas nécessité d'investigations jugées superflues.

En effet, si la présence de la triade classique, fièvre, somnolence, paralysies oculaires, fait immédiatement songer à l'Encéphalite léthargique, l'existence d'une forme anormale peut égarer le diagnostic : on a décrit des formes simulant le début de la paralysie générale, la méningite syphilitique ; en présence de ces cas on portait le diagnostic vraisemblable de syphilis, l'idée venait alors de compléter l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien par la recherche de la réaction de Wassermann. Puis, l'évolution se poursuivant, la symptomatologie se modifiant, le diagnostic se précisait et l'on reconnaissait l'encéphalite.

Ainsi s'explique le faible pourcentage de réactions de Wassermann retrouvées dans les observations.

Sur les 70 observations d'Encéphalite léthargique avec recherche de la réaction de Wassermann que nous avons pu recueillir, la réaction de Wassermann

est positive huit fois ; soixante-deux fois elle est négative.

Ce caractère négatif de la réaction de Wassermann dans 62 cas sur 70, soit dans 88,57 o/o des cas examinés, répond aux données classiques : nous ne nous occuperons donc pas de ces observations, nous insisterons seulement sur ce fait qu'elles justifient pleinement la conception classique, à savoir, que le Wassermann est négatif dans l'Encéphalite léthargique.

Les 8 cas dans lesquels la réaction est positive comprennent 7 cas avec examen du sang et du liquide céphalo-rachidien, 1 cas avec examen du sang seulement.

Dans les 7 cas s'accompagnant d'un double examen, on trouve :

Deux fois le Wassermann positif dans le sérum et dans le liquide ;

Trois fois le Wassermann positif dans le sérum et négatif dans le liquide ;

Deux fois le Wassermann positif dans le liquide et négatif dans le sérum.

En nous plaçant au point de vue des malades, une division en deux grandes classes s'impose : chez les uns il y a association de syphilis et d'Encéphalite léthargique (2 cas) ; chez les autres et c'est le plus grand nombre, l'encéphalite s'observe isolément (6 cas).

Nous étudierons successivement ces différentes observations.

II

ÉTUDE ANALYTIQUE DES CAS D'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE AVEC RÉACTION DE WASSERMANN POSITIVE.

A. — Cas où la syphilis et l'Encéphalite sont concomitantes

Observation I

Syphilis et Encéphalite léthargique

(Jeanselme. Académie de médecine, 2 mars 1920)

Un homme de vingt-huit ans, soigné, il y a onze ans à la clinique de l'hôpital Saint-Louis pour un accident primaire et, deux ans plus tard pour une orchite syphilitique, présente pendant les mois de décembre et de janvier des désordres nerveux qui consistent en une lenteur et une imprécision de tous les mouvements. La démarche est mal assurée, les doigts sont devenus malhabiles et ne permettent plus au malade de continuer sa profession de graveur sur verre. La parole est hésitante et embarrassée. Le Dr Druelle, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, se basant sur les antécédents, porte le diagnostic de syphilis cérébrale.

Vers la fin de janvier, le malade entre à l'hôpital.

Une ponction lombaire faite le 4 février, donne un liquide

teinté en jaune, fortement albumineux (1 gr. 50), contenant 13 lymphocytes par millimètre cube, à *réaction de Bordet Wassermann pleinement positive.*

Cependant le malade est toujours dormant, d'un sommeil très léger d'ailleurs, car il répond facilement aux questions qu'on lui pose, et ce fait insolite attire l'attention. La famille interrogée apprend que le début remonterait aux derniers jours du mois de décembre. Il eut alors une légère atteinte fébrile accompagnée de courbature et de mal de tête. Le 1er janvier le malade se croyait rétabli, mais dans la nuit du 3 au 4 il est en proie à une vive agitation et ne peut dormir. Le lendemain il ne peut exécuter sa besogne habituelle, car ses membres supérieurs sont agités de secousses myocloniques ; les mêmes saccades se produisent dans les muscles de la mâchoire et déterminent un claquement de dents bien que le malade n'ait ni frissons ni fièvre.

A cette phase d'excitation succède une phase de parésie et de somnolence qui se poursuit depuis un mois. Si l'on invite le malade à se mettre sur son séant, il se soulève à demi puis se laisse retomber lourdement dans le décubitus dorsal. Les mains ébauchent sans force des mouvements de flexion. D'une manière générale tous les réflexes tendineux sont nettement exagérés. Le redressement du pied droit provoque un clonus vrai qui se prolonge indéfiniment. Le réflexe cutané plantaire est normal des deux côtés, par contre les réflexes cutanés abdominaux et crémastériens font défaut. Les réactions de la pupille à la lumière et à l'accommodation sont intactes.

Les traits sont détendus, le facies égaré, sans expression reflète l'absence de tout désir, de toute volonté. Le malade

n'effectue aucun mouvement spontané, il reste pendant des heures complètement inerte couché sur le dos, dans une attitude abandonnée.

Les paupières recouvrent à demi les yeux et l'on pourrait se croire en présence d'un fumeur d'opium. La respiration est ample et bruyante, le malade paraît assoupi et cependant il est éveillé et tient son journal. Interrogé sur ce qu'il vient de lire il répond sans hésiter et avec précision ; mais il retombe aussitôt dans son assoupissement. Il a gardé l'intégrité de ses facultés psychiques, le jugement est sain et l'on ne relève aucun indice de subdélire. Le fonctionnement des organes des sens est normal, mais le malade assiste en spectateur indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Au milieu d'une interrogation il lui arrive parfois de s'endormir, mais il suffit de hausser le ton pour qu'il reprenne aussitôt ses esprits et réponde à la question posée.

Il semble n'éprouver aucune souffrance et ne profère aucune plainte ; cependant il accuse une sensation de courbature pénible dans les membres inférieurs.

Discussion. — Il est évident que dans ce cas le diagnostic de syphilis cérébral semblait s'imposer.

Il a pour lui : les antécédents, le malade ayant eu un accident primaire et deux ans plus tard une orchite syphilitique ; les symptômes de début, troubles nerveux qui surviennent onze ans après l'inoculation ; enfin l'examen du liquide céphalo-rachidien qui donne 13 lymphocytes par millimètre cube, une forte proportion d'albumine 1 gr. 50 et un Wassermann nettement positif. Ce faisceau de faits cli-

niques et biologiques en faveur de la spécificité semble décisif.

Mais l'absence de céphalée, l'absence de contractures, de signe de Kernig, de paralysies des membres, l'absence de troubles oculaires et surtout de signe d'Argyll ne sont pas en faveur d'une localisation cérébro-méningée de la syphilis; enfin l'évolution permet d'infirmer complètement ce diagnostic : une seconde ponction lombaire faite seize jours après la première montre que le nombre des lymphocytes est tombé de 13 à 3, que la proportion d'albumine est presque devenue normale, 0 gr. 50, et que la réaction de Wassermann pleinement positive lors de la première ponction est devenue normale ; or ces modifications chimiques et sérologiques se sont produites spontanément et non sous l'influence du traitement qui a été insignifiant. La discussion pourrait porter sur la présence du Wassermann positif, pour soutenir la nature syphilitique des troubles nerveux : mais une réaction positive dans un liquide fortement albumineux a été plusieurs fois constatée chez des sujets non syphilitiques, et ce qui semble bien démontrer que cette réaction était liée à l'hyperalbuminose c'est qu'elle est devenue négative aussitôt que la teneur en albumine du liquide céphalo-rachidien s'est rapprochée de la normale. Enfin Jeanselme signale à la fin de sa communication que la réaction de Wassermann du sang faite à deux reprises et à trois semaines d'intervalle a été complètement négative.

Le diagnostic de syphilis cérébrale éliminé il reste celui d'Encéphalite léthargique. Il a pour lui : le début avec légère atteinte fébrile accompagnée de courbature et de céphalée ; la phase d'excitation à laquelle succède une phase de parésie et de somnolence, le malade reste pendant des heures complètement inerte et l'on pourrait se croire en présence d'un fumeur d'opium de telle sorte que la dominante clinique c'est la torpeur et la somnolence. Ces symptômes suffisent bien à justifier le diagnostic d'Encéphalite léthargique ; l'absence de troubles oculaires ne saurait être invoquée contre elle ; quant à la réaction chimique et cytologique du liquide céphalo-rachidien elle ne permet pas de l'éliminer, puisque sur les 222 examens que nous avons recueillis dans des cas d'encéphalite il existait cent vingt fois de la lymphocytose et soixante-cinq fois de l'hyper-albuminose.

Observation II

Nouvelles modalités cliniques de l'encéphalite aigüe épidémique. Formes ambulatoires pouvant simuler le début de la paralysie générale.

(Ardin-Delteil. Société médicale des hôpitaux de Paris, 19 mars 1920)

G..., quarante ans, peintre, hospitalisé le 19 décembre 1919.

Antécédents. — Ni paludisme, ni éthylisme, ni saturnisme. Chancre spécifique il y a dix-sept ans ; rhumatismes il y a huit ans.

Début de la maladie, le 4 décembre, par douleurs violentes à caractère névralgique dans la main et l'épaule gauches, sans fièvre apparente ni gonflement.

A son entrée dans le service, pas de fièvre, aucune trace de fluxion articulaire, mais secousses tendineuses et tremblements des quatre membres, plus accentué au niveau des extrémités, *tremblement fibrillaire de la langue*, *dysarthrie*, *état démentiel très net*, délire nocturne ambulatoire avec hallucinations professionnelles. Abaissement de la commissure labiale gauche et affaiblissement musculaire généralisé prédominant nettement dans tout le côté droit, constituant une ébauche de syndrome de Millard-Gübler.

Réflexes normaux. Pas de Kernig. Pas de Babinski.

Pas d'inégalité pupillaire. Réflexes pupillaires normaux à la lumière. Regard lointain. Parésie pupillaire à l'accommodation.

Réaction de Wassermann positive dans le sang, négative dans le liquide céphalo-rachidien ; très rares lymphocytes ; pas d'hyperalbuminose.

Evacué dans un service de délirants le 26 décembre.

Cette observation est accompagnée de deux autres qui lui sont superposables mais dans lesquelles le Wassermann est négatif.

Chez chacun de ces malades le diagnostic initial fut celui de paralysie générale au début.

Discussion. — Ce malade a présenté un syndrome caractérisé par du délire, un état démentiel très net, de la dysarthrie et des troubles moteurs pouvant en imposer pour un début de paralysie générale, si bien

que le diagnostic primitivement posé fut celui-ci. Mais l'évolution devait infirmer ce diagnostic.

En faveur de la paralysie générale il y a : d'abord les antécédents ; un chancre spécifique constaté dix-sept ans auparavant (cette période est bien comprise dans les limites fixant l'apparition des localisations cérébrales de la syphilis) ; le malade est un homme de quarante ans (et c'est l'âge auquel la paralysie générale se montre le plus volontiers). Puis les tremblements, plus accentués aux extrémités, intéressant la langue sous forme de tremblements fibrillaires ; l'affaiblissement musculaire généralisé ; les troubles de la parole, d'une importance telle qu'on a pu dire qu'ils étaient pathognomoniques et que dans la pratique c'est la plupart du temps sur eux qu'on fonde le diagnostic. Enfin la démence, élément fondamental de la maladie.

Mais la paralysie générale a contre elle : le délire nocturne ambulatoire avec hallucinations professionnelles, le délire hallucinatoire en effet n'existe pas d'ordinaire dans la paralysie générale ; l'absence de modifications des réflexes musculaires ou tendineux, qui sont presque toujours exagérés et cela dès le début dans la paralysie générale ; la faible atteinte des fonctions pupillaires qui ne présentent ni inégalité ni signe d'Argyll et accusent seulement de la parésie à l'accommodation. Enfin, fait capital, il n'y a que de très rares lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien et cette absence de lymphocytose permet à peu près sûrement d'éliminer le diagnostic de paralysie

générale, dans laquelle la lymphocytose est un phénomène constant et précoce ; la réaction de Wassermann, positive dans le sang est négative dans le liquide céphalo-rachidien, résultat qui confirme l'intégrité des centres nerveux à l'égard de la syphilis.

En présence des signes cliniques partagés et du diagnostic hésitant, les réactions biologiques permettent d'éliminer la méningo-encéphalite syphilitique : le syndrome observé chez ce malade évolue chez un ancien syphilitique, c'est tout ce que l'on est autorisé à conclure.

Le diagnostic de paralysie générale étant éliminé, il reste celui d'Encéphalite léthargique, que viennent étayer la notion d'épidémie, le début brusque, les manifestations douloureuses à caractère névralgique dans la main et l'épaule gauches, les phénomènes délirants, les troubles moteurs, les troubles oculaires réduits à de la parésie de l'accomodation. Ce cas rentre donc bien dans le cadre de l'Encéphalite léthargique.

B. — Cas d'Encéphalite léthargique pure sans association de syphilis

Observation I

Un cas d'encéphalite léthargique. — Guérison. — Valeur et évolution des signes oculaires

(Lortat Jacob et Hallez. Société médicale des hôpitaux de Paris, 10 mai 1918)

Mme G.., quarante-neuf ans, entre à l'hôpital Lariboisière

le 5 avril 1918. Femme habituellement bien portante, aucun passé pathologique, toujours très bien réglée n'a jamais eu de grossesse. Mari bien portant. Aucun signe de spécificité, pas de leucoplasie buccale.

La malade est amenée à l'hôpital parce que depuis une huitaine de jours elle a continuellement *envie de dormir* et se plaint de fatigue générale ; elle a les *paupières lourdes* et ne parvient que très difficilement à relever spontanément les paupières supérieures. A noter que trois semaines auparavant, elle a souffert de céphalées assez violentes survenant par crises de durée variable (demi-heure à une heure environ), aussi bien diurnes que nocturnes, et siégeant surtout dans la moitié gauche de la tête. Il n'y a pas eu de vomissements ni de constipation, aucun trouble moteur, pas de fièvre semble-t-il.

6 avril. — Les maux de tête ont complètement disparu. Ce qui frappe tout d'abord c'est l'immobilité du visage et l'effacement des plis cutanés. Les yeux sont presque clos, la malade ne parle pas et reste allongée dans le décubitus dorsal sans faire aucun mouvement ; lorsqu'on soulève et étend les membres supérieurs il n'existe aucune contracture, mais ceux-ci restent figés pendant quelques instants dans l'attitude qu'on vient de leur donner. La tendance à la catatonie est moins marquée au niveau des membres inférieurs. Aucun autre trouble moteur : ni parésie, ni tremblement, ni hypotonie ; il n'y a pas de Kernig, pas de contracture de la nuque, pas de signes de Brudzinski. Pas de Romberg. Lorsqu'on l'invite à marcher la malade fait quelques pas sans tituber, mais à la manière d'un automate, puis elle s'arrête, attendant un nouvel ordre pour avancer encore. Aucun

trouble psychique, pas de trouble de la parole ; lorsqu'on ne la questionne plus, la malade semble retomber dans son demi-sommeil et ne prononce plus un seul mot.

Les réflexes tendineux sont un peu vifs, surtout les rotuliens.

Les *troubles oculaires* attirent particulièrement l'attention. En dehors du ptosis bi-latéral, pas de signe de paralysie de la musculature extrinsèque de l'œil, pas de strabisme, pas de diplopie. *Nystagmus bi-latéral dans le regard* vers la droite.

Inégalité pupillaire très marquée : D > G. La pupille droite est un peu ovalaire. Le réflexe à la lumière est aboli à droite, très diminué à gauche. Les milieux de l'œil sont normaux, mais il existe une stase papillaire bi-latérale avec croissant myopique péripapillaire.

Ponction lombaire : liquide limpide, non hypertendu, renfermant 0 gr. 25 d'albumine par litre et 5 éléments (lymphocytes) par millimètre cube à la cellule de Nageotte.

Réaction de Wassermann : positive totale dans le liquide céphalo-rochidien, partiellement positive dans le sang.

On prescrit une série de frictions mercurielles.

Pendant les premiers jours, l'état est stationnaire.

Peu à peu la malade sort de sa torpeur, relève plus facilement les paupières supérieures, s'asseoit sur son lit, puis se lève et marche seule le 25 avril.

Le 18 avril, une nouvelle ponction lombaire donne un liquide limpide, non hypertendu, renfermant 0 gr. 20 d'albumine par litre et 3 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte. En somme liquide céphalo-rachidien sensiblement normal.

Un nouvel examen ophtalmologique pratiqué le 2 mai donne les résultats suivants : légère inégalité pupillaire, D > G et

un peu ovalaire encore ; pupilles ne réagissant pas à la lumière, sauf très légèrement à gauche (avec une forte intensité lumineuse). *Très légère contracture à la convergence* des deux côtés. A droite, très légère saillie papillaire sans dilatation des vaisseaux ; même aspect à gauche. Pas de nystagmus. Pas de diplopie.

Actuellement on ne constate plus aucun symptôme anormal en dehors de troubles légers de la vision, et de l'inégalité pupillaire jointe à la perte du réflexe à la lumière et un certain degré de fatigabilité pour les mouvements de la main droite.

Discussion. — Dans cette observation il est permis en raison des signes oculaires et de l'existence d'une réaction de Wassermann positive, de songer à une méningite spécifique fruste.

L'inégalité pupillaire, la stase papillaire, le signe d'Argyll Robertson, la réaction de Wassermann franchement positive dans le liquide céphalo-rachidien et les bons résultats du traitement spécifique sont en faveur de cette hypothèse. Mais, l'absence de réaction lymphocytaire méningée constante dans la syphilis cérébro-méningée, l'absence d'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, l'absence enfin de tout autre signe révélateur de syphilis comme de tout antécédent, permettent d'éliminer ce diagnostic.

De plus, l'inégalité pupillaire, la stase papillaire s'observent en dehors de la spécificité ; le signe d'Argyll-Robertson qui a été constaté dans des affections étrangères à la syphilis, dans la névrite inters-

titielle, dans certains cas d'atrophie musculaire type Charcot-Marie (Siemerling, 1908, Cassirer et Maas, 1912), dans la syringomyélie (Déjerine et Miraillé, 1895), dans la stupeur catatonique (Westphal), ne saurait à lui seul imposer le diagnostic de syphilis cérébrale.

Quant à la réaction de Wassermann, son caractère positif ne permet pas de conclure à la spécificité puisqu'il peut exister en dehors d'elle.

Nous pouvons donc éliminer le diagnostic de méningite spécifique.

Les céphalées survenant par crises aussi bien diurnes que nocturnes et siégeant dans la moitié gauche de la tête, l'envie de dormir continuelle qui fait retomber la malade dans son demi-sommeil quand on ne la questionne plus, l'évolution favorable enfin avec persistance seulement de troubles pupillaires, permettent bien de porter le diagnostic d'Encéphalite léthargique.

Observation II

Encéphalite léthargique à forme aiguë avec examen anatomique

(Henri Claude et H. Schaeffer. Société médicale des hôpitaux de Paris, 23 mai 1919)

Mme L..., quarante-deux ans, entre à l'hôpital le 7 février 1919 pour une céphalée remontant à huit jours environ.

A l'entrée la malade est dans un état de somnolence et d'obnubilation très marquées. Elle est incapable de donner

aucun renseignement précis sur le début de sa maladie actuelle, ni sur ses antécédents personnels ou collatéraux. Cependant elle n'est pas dans le coma ; elle est consciente, répond par monosyllabes aux questions posées. Elle reste immobile, couchée dans son lit, dans le décubitus dorsal, la face légèrement inclinée sur le côté droit, comme figée dans cette attitude.

Il existe un peu de raideur de la nuque ; Kernig léger. Il n'existe pas de paralysie des membres.

La sensibilité est partout conservée, et il ne faudrait pas prendre pour de l'hypoesthésie la lenteur que la malade met à répondre aux sollicitations, et qui n'est qu'une manifestation objective de sa somnolence. Une excitation un peu forte provoque des mouvements de défense.

Les troubles oculaires sont nets, les paupières sont tombantes ; la malade peut les relever mais incomplètement. Les globes oculaires sont immobilisés dans une position normale et leurs mouvements sont difficiles à provoquer. Les pupilles sont sensiblement égales, la gauche toutefois un peu plus large que la droite. Les réflexes à la lumière sont conservés, les réflexes à l'accommodation semblent bien abolis.

Il existe une paralysie faciale droite légère, très transitoire d'ailleurs.

Les réflexes rotuliens sont un peu vifs, les réflexes plantaires se font en flexion, les réflexes abdominaux sont abolis des deux cotés.

Le pouls est un peu rapide, 120, quoique la malade soit apyrétique. Bruits du cœur normaux. Rien au poumon.

La langue est saburrale ; pas de vomissements ; constipa-

tion. Rétention d'urine, mais ni sucre ni albumine dans ces dernières. *Wassermann positif dans le sang.*

Une ponction lombaire pratiquée le 12 montre un liquide clair, sans hypertension notable. Pas d'hyperalbuminose ni de lymphocytose notables, un ou deux lymphocytes par champ. *Le Wassermann est positif aussi dans le liquide céphalo-rachidien.*

Le 12 février, après le résultat positif de la réaction de Wassermann dans le sang, on commence à faire des injections intraveineuses de cyanure de Hg.

Néanmoins la somnolence et la torpeur augmentent, et le 14 l'incontinence sphinctérienne (vésicale et anale) fait place à la rétention. L'on constate en plus de la conjonctivite bilatérale. Une deuxième ponction lombaire donne des résultats comparables à ceux de la première. Liquide clair sans hyperalbuminose ni leucocytose notable (2 à 3 lymphocytes par champ). Amélioration très fugace des divers symptômes.

L'état général s'aggrave progressivement, la somnolence est de plus en plus marquée. On constate un amaigrissement notable, la paroi abdominale semble se rétracter, les mouvements des globes oculaires ne peuvent être provoqués, le ptosis est complet, les pupilles sont immobiles, il existe une ophtalmoplégie totale. Enfin la température, normale au début, est montée peu à peu et atteint 40 degrés le 18, en même temps que le pouls devient plus rapide et petit. Décès le 19.

Discussion. — Cette malade présente un syndrome caractérisé par de la céphalée et de la fièvre, de la somnolence, des paralysies oculaires, et le diagnostic d'Encéphalite léthargique nous paraît s'imposer.

Seuls les résultats donnés par la réaction de Wassermann pourraient faire soupçonner la syphilis : le Wassermann est en effet positif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Mais il n'y a pas d'hyperalbuminose, pas de lymphocytose notable (1 ou 2 lymphocytes par champ) ; le traitement mercuriel pratiqué sous forme d'injections intra-veineuses de cyanure de Hg ne donne aucune amélioration et ne détermine aucune modification du liquide céphalo-rachidien, une seconde ponction donnant des résultats comparables à ceux de la première ; ce sont là de sérieux arguments contre la syphilis. Quant à la réaction de Wassermann, nous savons qu'elle n'est pas spécifique et que sa présence ne suffit pas à affirmer le diagnostic.

D'ailleurs l'examen anatomique confirma entièrement le diagnostic d'Encéphalite léthargique ; les altérations du système nerveux n'avaient rien de commun avec celles que la syphilis y détermine ordinairement. Voici résumées les observations anatomo-pathologiques :

A l'examen macroscopique, congestion diffuse de l'encéphale sans caractères ; pas de réaction méningée ; à la coupe vaso-dilatation visible à l'œil nu dans la région des pédoncules et des noyaux opto-striés.

Histologiquement, les lésions sont celles d'une encéphalite aiguë inflammatoire diapédétique, distincte de la polio-encéphalite de Wernicke par l'absence d'hémorragies, de la maladie de Heine-Médin, par l'intensité moins grande des lésions

nucléaires, et qui en tout cas ne présente aucun des caractères de la syphilis nerveuse.

Observation III

Méningite à type léthargique avec lymphocytose et Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien

(Crespin, d'Alger. Société médicale des hôpitaux de Paris, 13 février 1920)

S..., âgé de quinze ans, entre dans le service le 1er janvier 1920 avec le diagnostic de « fièvre continue avec troubles psychiques ».

Antécédents héréditaires. — Son père est vivant, il a toujours été bien portant, nie absolument tout antécédent spécifique.

Sa mère est morte il y a deux ans à la suite d'un avortement provoqué, elle a eu plusieurs fausses couches mais toutes (le père est à ce point de vue très catégorique) ont été provoquées.

Antécédents originaux. — Le malade a quatre frères et une sœur; l'un de ses frères a fréquemment des bronchites les autres se portent bien, sa sœur est de santé délicate.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais eu de maladie, sauf une rougeole dans le premier âge. Il se présente bien constitué, parfaitement bien développé pour son âge, il est intelligent, a été en classe jusqu'à quatorze ans et a toujours appris avec facilité.

Il a eu plusieurs rapports sexuels mais jamais n'a eu d'accidents pouvant faire soupçonner la spécificité.

Aucune tare mentale dans la famille.

Histoire de la maladie. — Dans le courant du mois de décembre 1919, l'enfant se plaint d'avoir de fréquents cauchemars ; il présente des sautes d'humeur, tient par deux ou trois fois des propos incohérents qui surprennent son entourage.

Le 25 décembre, le petit malade a fêté Noël et s'est beaucoup amusé.

Le 26, il ressent de violentes douleurs dans les régions susorbitaires et occipitales ; il se rend néanmoins à la maison de commerce où il est employé, il se montre nerveux, très excité, prononce des paroles incohérentes. Il aurait présenté à ce moment un peu de diplopie.

Le 27, il s'alite Durant les quelques jours qui ont précédé son hospitalisation, température élevée (37, 40 degrés) agitation, délire, cauchemars dont le malade a gardé le souvenir, accès de somnambulisme, ses parents le trouvent un soir dans les escaliers courant une lampe à la main après un ennemi imaginaire. Ainsi se trouve justifié son diagnostic d'entrée à l'hôpital « fièvre avec troubles mentaux ».

Le 1er janvier, examen. Température rectale 39°4, pouls à 100. Stupeur, somnolence, le malade répond cependant quand on l'interroge, la mémoire est conservée, délire par instant, pas de Kernig ni de raideur de la nuque, les réflexes tendineux sont paresseux, les réflexes cutanés sont abolis. Raie vaso-motrice.

Pupilles égales, réagissant bien à la lumière, pas de paralysies oculaires, l'excursion de l'œil se fait parfaitement bien dans tous les sens.

Etat saburral de la langue, gargouillement léger dans les

fosses iliaques, constipation. Rien au cœur, rien aux poumons, urines normales.

2 et 3 janvier. — Mêmes symptômes, mais dès le 3 la température se met à baisser.

4 janvier. — La somnolence est très marquée, l'enfant semble dormir d'un sommeil très profond dont on le tire cependant avec facilité, il se réveille pour répondre aux questions qu'on lui pose ; par instant délire léger ; la sensibilité est diminuée, on peut piquer l'enfant assez profondément, il sent, mais ses sensations sont amoindries.

Céphalée moins marquée que les jours précédents ; les réflexes tendineux sont abolis.

On pratique une première ponction lombaire : liquide hypertendu, très clair, lymphocytose manifeste : 30 éléments par champ, albumine : 0 gr. 30. Recherche du bacille de Koch négative, inoculation au cobaye négative jusqu'à ce jour (il y a vingt huit jours).

6 janvier. — Somnolence toujours aussi marquée et avec les mêmes caractères.

Deuxième ponction lombaire : liquide clair, hypertension moindre, même lymphocytose. Inoculation par voie sous-cutanée de 10 centimètres cubes de liquide non filtré à un singe macaque qui n'a présenté aucune réaction (M. Beguet, Institut Pasteur d'Alger). *Wassermann négatif dans le sang.*

7 janvier. — Somnolence moins marquée : le malade se réveille spontanément plusieurs fois par jour pour adresser la parole à ses voisins ; céphalée très diminuée ; un peu de raideur de la nuque, un Brudzinski positif.

8 janvier. — Troisième ponction lombaire : liquide clair s'é-

coulant goutte à goutte ; lymphocytose moindre : 20 éléments par champ. On institue un traitement spécifique (benzoate de mercure pendant quinze jours). Les jours suivants l'état s'améliore de plus en plus.

20 janvier. — Malade très éveillé, n'ayant plus aucune tendance au sommeil ; réflexes normaux ; un peu de raideur de la nuque persiste.

Quatrième ponction lombaire : liquide clair, sans hypertension ; lymphocytose (15 éléments par champ) ; *Bordet-Wassermann positif.*

29 janvier. — L'enfant est tout à fait normal.

Cinquième ponction lombaire : liquide clair non hypertendu ; lymphocytose : 6 éléments par champ, albumine : 0 gr. 20.

1er février, exeat, avec promesse de revenir tous les huit jours pour subir un examen.

Discussion. — Ce malade offre un tableau assez net d'Encéphalite léthargique : il présente une affection fébrile qui après quelques phénomènes d'excitation s'est caractérisée surtout par de la somnolence.

L'examen du liquide céphalo-rachidien pratiqué le 4 janvier orientait vers le diagnostic de méningite syphilitique : liquide hypertendu avec lymphocytose manifeste (30 éléments par champ).

L'existence d'une phase prodromique caractérisée par des sautes d'humeur, les troubles cérébraux consistant en agitation et délire s'observent bien dans les formes méningées de la syphilis cérébrale. Mais rien dans les antécédents ne permet de retrouver

des traces de spécificité, les fausses couches relatées chez la mère ont toutes été provoquées, et personnellement le malade ne présente aucun stigmate ; la céphalée siège dans les régions sus-orbitaires et occipitales et ne présente pas les caractères si particuliers de la céphalée syphilitique ; il n'y a pas de Kernig, et enfin pas de lésions oculaires : les pupilles égales réagissent bien à la lumière, la troisième paire est vierge de toute atteinte. De plus l'innoculation au singe n'a provoqué aucune réaction. Cette absence de symptômes essentiels nous permet d'éliminer la méningite syphilitique.

Reste l'Encéphalite léthargique. Le début fébrile et la céphalée fournissent déjà deux arguments ; la stupeur et la somnolence succèdent aux phénomènes d'excitation du début et caractérisent la période d'état : l'enfant semble dormir d'un sommeil très profond répondant cependant aux questions qu'on lui pose ; puis le 7 la somnolence est moins marquée en même temps que la céphalée diminue, et le 20 le malade est très éveillée n'ayant plus aucune tendance au sommeil.

Fièvre, céphalée, somnolence, permettent bien de porter le diagnostic d'Encéphalite léthargique, que l'absence de troubles oculaires ne saurait infirmer, ceux-ci étant souvent fugaces, passagers, intermittents et pouvant par suite passer inaperçus comme l'ont précisé récemment MM. Netter et Widal (Académie de Médecine, séance du 27 avril 1920). Quant à la lymphocytose elle ne nous permet pas d'éliminer

le diagnostic d'Encéphalite léthargique puisqu'il est admis maintenant qu'elle s'observe à différentes phases de la maladie.

Obervation IV

Encéphalite léthargique à forme ambulatoire

(Louis Ramond. Société médicale des hôpitaux de Paris 20 février 1920).

Le 16 octobre 1919, Mlle M..., âgée de vingt-deux ans, se présente à la consultation de l'hôpital Tenon avec une ophtalmologie totale de l'œil gauche datant d'une quinzaine de jours. Elle vient de Melun sur le conseil de son médecin, pour faire pratiquer une réaction de Wassermann et une ponction lombaire, afin de préciser la nature de sa paralysie oculaire.

Le début des accidents a été progressif. Il s'est annoncé par de la céphalée temporo-pariétale gauche et de la diplopie. Il n'y a jamais eu ni malaises, ni vomissements, ni fièvre. Dès les premiers jours un ophtalmologiste a paraît-il constaté l'existence d'une légère paralysie des muscles de l'œil gauche, qui à l'heure actuelle est totale à gauche. La paupière supérieure est franchement ptosée, l'œil est presque complètement immobile, seuls quelques mouvements d'inclinaison du globe oculaire en bas et en dedans indiquent par leur persistance l'existence d'un certain degré de motilité du muscle grand oblique. La musculature interne est également touchée : l'inégalité pupillaire est manifeste par suite de la mydriase considérable de la pupille gauche, insensible à la lumière et à l'accommodation. La vision de l'œil gauche est profondément gênée par le ptosis, l'immobilité

du globe et les troubles pupillaires. L'œil droit est absolument normal.

Nous avons recherché en vain la syphilis héréditaire ou acquise : rien de suspect dans ses antécédents, sur elle aucun stigmate, aucune cicatrice douteuse, pas de leucoplasie buccale, pas de signe d'Argyll-Robertson au niveau de l'œil sain.

A part son ophtalmoplégie et un peu de céphalée sans recrudescence nocturne cette jeune fille n'a aucun autre trouble morbide. Son système nerveux en particulier paraît indemne. L'intelligence est parfaite, il n'y a paralysie d'aucune sorte, ni contracture ni aucune modification de la sensibilité ou de la réflectivité. L'état général est bon, la température est normale.

Cependant, sa tante qui l'accompagne nous révèle l'existence d'un symptôme de grande valeur. « Depuis qu'elle est souffrante, nous dit-elle, ma nièce s'endort à chaque instant et n'importe où. Elle dort assise, elle dort debout ; elle dort en faisant la vaisselle, en cousant, en parlant ; l'autre jour, inquiète de ne pas la voir sortir des W.-C. où elle restait isolée depuis un long moment, j'ai été l'y chercher ; elle y était profondément endormie !... »

Dès lors le diagnostic d'une Encéphalite léthargique nous paraît s'imposer. Il ne nous semble pas utile de pratiquer une ponction lombaire son résultat devant régulièrement être négatif. *Le Wassermann est franchement positif dans le sang.*

Nous rassurons la malade et sa tante. Nous affirmons la guérison complète en quelques semaines. Nous instituons le traitement classique par l'ingestion d'urotropine et les frictions de pommade au collargol.

Un mois plus tard Mlle M... vient nous revoir; elle est presque complètement guérie. Le ptosis a disparu, l'œil gauche est à peu près aussi mobile qu'à l'état normal, toutefois les mouvements d'abduction du globe sont encore légèrement limités. La pupille reste dilatée et immobile. La narcolepsie a disparu. Au mois de janvier la guérison était définitive et complète.

Discussion. — On pouvait chez cette malade qui se présente avec une ophtalmoplégie, discuter le diagnostic de syphilis cérébrale, car en principe devant toute paralysie oculaire on doit immédiatement songer à la syphilis.

Mais les antécédents sont nets de toute syphilis héréditaire ou acquise, il n'existe aucun stigmate, aucune cicatrice suspecte; la céphalée temporopariétale gauche, sans recrudescence nocturne ne rappelle pas la céphalée syphilitique avec ses caractères bien connus; les paralysies oculaires syphilitiques sont rarement complètes et totales comme celle que nous notons ici, elles sont partielles et incomplètes, ne frappant généralement que la III[e] paire. Or ici il y a paralysie complète du mot. ocul. commun et du mot. ocul. externe, paralysie incomplète du pathétique. De plus il n'y a pas de signe d'Argyll-Robertson au niveau de l'œil sain. Enfin l'évolution se fait vers la guérison en dehors de tout traitement spécifique. Tous ces faits permettent bien d'affirmer que la syphilis est hors de cause.

L'importance de la somnolence, survenant à

chaque instant et n'importe où, apporte un symptôme de premier ordre qui en complétant le tableau clinique aiguille le diagnostic : la triade symptomatique céphalée, paralysies oculaires, somnolence, l'évolution de la maladie vers la restitution complète *ad integrum* justifient bien le diagnostic d'Encéphalite léthargique.

Observation V

Encéphalite prolongée. — Troubles de l'équilibre

(Achard et Leblanc, Société médicale des Hôpitaux de Paris, 14 mai 1920.)

Malade atteint d'encéphalite depuis cinq mois.

Les troubles dominants ont été la somnolence et l'agitation délirante qui s'intriquaient.

Myoclonies oculaires, diplopie, tremblements et troubles de l'équilibre. La démarche rappelle celle d'un cérébelleux : le malade titube, parfois entraîné à droite; il ne peut se pencher que du côté gauche sans tomber ; s'il se renverse en arrière les divers segments des membres inférieurs restent dans la rectitude, les pieds quittent le sol, n'appuyant plus que sur les talons et la chute est inévitable ; le tremblement et un peu d'adiadococinésie s'ajoutent à ce syndrome cérébelleux.

Il n'y a rien dans l'oreille, le labyrinthe est indemne.

La ponction lombaire faite au début a montré une forte lymphocytose rachidienne, qui a diminué rapidement par la suite.

Le Wassermann était négatif dans le liquide céphalo-rachidien et positif dans le sang.

La marche de la maladie n'a pas été uniforme, elle a ondulé avec des alternations dans la somnolence. On a noté plusieurs fois que la somnolence reprenait quand le pouls baissait (48) ainsi que la pression artérielle (Mx: 10, Mn: 6).

Discussion. — L'existence d'une forte lymphocytose rachidienne aurait pu au début faire songer à la syphilis ; mais l'absence d'antécédents, l'absence de signes de spécificité, la disparition rapide de la lymphocytose observée par la suite permettent d'éliminer ce diagnostic.

La somnolence qui constitue avec l'agitation délirante le tableau dominant, les troubles oculaires, l'évolution enfin, confirment bien le diagnostic d'Encéphalite léthargique.

Observation VI

Encéphalite léthargique

(Observation prise dans le service de M. le Dr Dufour à l'hôpital Broussais, 21 mai 1920.)

D..., âgé de vingt et un ans, entre le 5 mai à l'hôpital, parce qu'il est somnolent et qu'il voit trouble.

Antécédents. — Généralement bien portant ; aucun signe de spécificité.

Début. — Il y a quinze jours le malade s'aperçut qu'il ne voyait plus aussi clair ; il ne lisait que difficilement, seuls quelques gros caractères lui étaient encore perceptibles. En

même temps il éprouvait une envie invincible de dormir. Puis céphalée, survenant par crises, aussi bien le jour que la nuit.

Il y a cinq ou six jours, le malade fut pris de douleurs dans le bras et l'avant-bras droit, éprouvant une sensation de striction autour du membre.

Actuellement. — Le malade est somnolent. Il n'a jamais présenté de diplopie ni de ptosis ; un peu de nystagmus ; pas d'inégalité pupillaire ; les pupilles réagissent à la lumière.

Réflexes rotuliens normaux ; pas de Babinski.

Rien aux poumons ; rien au cœur.

Tendance à la constipation.

Ponction lombaire : hyperalbuminose, hyperlymphocytose.

Réaction de Wassermann : positive dans le liquide céphalo-rachidien ; négative dans le sang.

14 mai. — Diminution de la somnolence ; la céphalée a disparu ; il n'existe plus de douleurs au niveau du bras et de l'avant-bras droits ; la vue redevient normale.

21 mai. — Il ne persiste plus aucun trouble, le malade guéri conserve seulement un aspect parkinsonnien.

Discussion. — Le diagnostic d'Encéphalite léthargique paraît ici évident : les troubles oculaires du début, la somnolence, suffisent à l'établir. Le résultat de la ponction lombaire qui montre un liquide hyperalbumineux avec une hyperlymphocytose s'accompagnant de réaction de Wassermann positive pourrait faire songer à la syphilis cérébrale : mais il n'existe chez le malade aucun antécédent ni aucun

signe de spécificité ; la céphalée survenant le jour aussi bien que la nuit n'a pas les caractères de la céphalée syphilitique ; il n'existe pas d'inégalité pupillaire, pas de signe d'Argyll-Robertson. On peut donc rejeter la syphilis cérébrale et conclure à l'Encéphalite léthargique ; l'évolution avec restitution *ad integrum* confirme bien ce diagnostic.

III

SIGNIFICATION DE LA RÉACTION DE WASSERMANN AU COURS DE L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

Les observations que nous venons d'étudier se rapportent bien à des cas d'Encéphalite léthargique. Tout d'abord nous pouvons écarter l'erreur de diagnostic qui aurait fait prendre la syphilis cérébrale pour une Encéphalite, l'autorité des auteurs étant un garant du diagnostic. De plus, on a pu voir par l'exposé détaillé des observations que l'Encéphalite est certaine dans tous les cas.

Or ces cas s'accompagnent d'une réaction de Wassermann positive. Comment interpréter ces résultats ?

Nous pouvons envisager deux hypothèses suivant qu'il y a association de syphilis et d'Encéphalite ou que l'Encéphalite se présente isolément sans assso-tion de syphilis.

A. — Il y a association de syphilis et d'encéphalite

C'est le cas de deux malades : celui de l'observation I a eu un accident primaire il y onze ans et deux ans plus tard une orchite syphilitique, celui de l'observation II a présenté un chancre spécifique il y a dix-sept ans. Mais « pour être syphilitique on n'en est pas moins homme et tout comme un sujet sain, comme le remarque M. Netter, ou peut être atteint d'encéphalite léthargique ». Dans ce cas les deux maladies apportent chacune leurs signes propres, la syphilis, le Wassermann, qui en constitue le signe humoral, l'Encéphalite, la somnolence, les paralysies oculaires, tout son cortège de symptômes avec lequel elle évolue pour son propre compte.

C'est ainsi que dans l'observation I on a pu affirmer le diagnostic de l'Encéphalite léthargique par le début fébrile, l'état de somnolence continue dont il était facile de tirer le sujet, la conservation parfaite de l'intelligence, les modifications chimiques et sérologiques du liquide céphalo-rachidien en dehors de tout traitement ; de même dans l'observation II, la notion d'épidémie, le début brusque, les troubles moteurs, les troubles oculaires ont permis de porter le diagnostic.

Quelques auteurs se sont demandés si l'Encéphalite léthargique n'était pas un syndrome lié à la localisa-

tion d'une maladie infectieuse sur le mésocéphale, ce qui supposerait que la syphilis au même titre que d'autres virus pourrait, en atteignant le centre hypnique, produire le syndrome d'encéphalite léthargique.

Mais cette conception est contredite par les faits : le syndrome encéphalite avec somnolence est rare dans la syphilis cérébrale, les lésions anatomiques ne présentent aucun des caractères de la syphilis nerveuse comme l'ont bien montré les autopsies, enfin l'épidémicité, manifeste pour l'Encéphalite léthargique, n'existe pas dans la syphilis cérébrale.

B. — L'encéphalite se présente isolément, sans association de syphilis

Quelle interprétation donner dans ce cas au caractère positif de la réaction de Wassermann ?

On pourrait penser que le Wassermann positif est le seul signe d'une syphilis latente, ignorée, concomitante.

Mais nous avons insisté au cours de la discussion, et pour chaque observation, sur les motifs qui permettaient d'éliminer la syphilis. Nous avons noté l'absence absolue de stigmates de spécificité, l'absence d'antécédents, de leucoplasies, de cicatrices, signalées dans les observations I, III, IV, VI. Nous avons montré que les résultats fournis par la ponction lombaire ne sont pas ceux que donne la syphi-

lis ; dans les observations I et II il n'y a pas la réaction lymphocytaire méningée constante dans la syphilis cérébro-méningée, il n'y a pas non plus d'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien ; dans les observations III et V on note au début une forte lymphocytose qui par la suite disparaît rapidement. L'évolution est différente de celle de la spécificité ; favorable avec restitution *ad integrum* dans les observations I, III, IV, VI elle nous permet de noter dans l'observation II un examen anatomique montrant des lésions nettement différentes de celles de la syphilis. L'action du traitement spécifique enfin, apporte un dernier argument ; dans l'observation II, le traitement pratiqué sous forme d'injections intra-veineuses de cyanure de Hg. n'a donné aucune amélioration et n'a nullement modifié le liquide céphalo-rachidien ; en dehors de tout traitement, l'évolution s'est poursuivie favorablement dans les observations IV, VI.

Le Wassermann ne peut donc pas être considéré comme le signe unique d'une syphilis ignorée, il ne peut être attribué qu'à l'affection en cause, c'est-à-dire à l'encéphalite léthargique.

On sait en effet que la réaction de Wassermann n'est plus considérée actuellement comme un signe certain de syphilis et qu'on lui refuse une valeur spécifique absolue.

Mises à part les erreurs de technique qui sont susceptibles de fausser la réaction, il y a des cas où le Wassermann est positif en dehors de la syphilis :

des malades atteints d'affections non syphilitiques et ne présentant aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire peuvent avoir et dans une proportion assez élevée (30 o/o d'après Nicolas et Gâté) une réaction positive. Il en est ainsi dans *la scarlatine*, qui pour Boas donne un Wassermann positif dans 5 o/o des cas, dans *le paludisme*, dans *les splénomégalies chroniques primitives*, dans *l'ictère spirochetohémorragique*, dans *les trypanosomiases*, dans *la lèpre*, *le lupus* et *les tuberculides*, *certaines dermatoses*, *la gale*, *la phtiriase*, enfin dans *le goître exophtalmique*.

Levaditi a montré que la présence de glycocholate et de taurocholate de soude, de cholestérine et d'autres lipoïdes peut amener une réaction positive avec le sérum d'individus non syphilitiques. Si la réaction de Wassermann est dans l'immense majorité des cas positive dans la syphilis, c'est parce que les antigènes spécifiques sont les plus actifs, mais des antigènes non spécifiques (amibiase, paludisme, spirochétoses, tuberculose, etc.), peuvent dans certaines conditions physiologiques créer des anticorps capables de dévier le complément. D'où réaction de Wassermann positive, bien que le sujet n'ait point la syphilis.

Ainsi, sur les 70 cas d'Encéphalite léthargique ayant donné lieu à la recherche de la réaction de Wassermann, celle-ci est positive huit fois, c'est-à-dire dans 11,42 o/o des cas ; deux fois, soit dans

2,85 o/o des cas, elle est positive parce que le malade est syphilitique ; six fois, soit dans 8,57 o/o des cas, elle est positive du fait seul de l'Encéphalite léthargique, en dehors de toute atteinte de syphilis.

De cette étude nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS

1° La réaction de Wassermann est négative dans l'Encéphalite léthargique dans la plus grande partie des cas, 88,57 o/o ;

2° Elle est parfois positive, 11,42 o/o des cas, soit qu'il y ait association des deux infections syphilis et Encéphalite, soit que sans aucune association l'Encéphalite existe seule, 8,57 o/o des cas ;

3° L'Encéphalite léthargique peut donc se ranger à côté de la scarlatine, du paludisme, des spirochétoses, de la lèpre, etc., dans la liste des maladies susceptibles de dévier le complément dans la réaction de Wassermann.

Pratiquement, des conclusions précédentes nous pouvons déduire que :

Dans les cas frustes d'Encéphalite léthargique, la réaction de Wassermann est incapable à elle seule de trancher un diagnostic hésitant entre l'Encéphalite léthargique et la syphilis cérébrale : si un résultat négatif plaide en faveur de l'Encéphalite, un résultat positif ne permet pas de l'éliminer.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 4672-20